

医療情報
ヘッドライン

「かかりつけ医以外の受診」での定額負担 反対多数で見送りの公算高まる

▶厚生労働省

医療、介護現場での ICT 活用を議論 中小病院等で活用できる仕組みも検討

▶未来投資会議 構造改革徹底推進会合

経営
TOPICS

統計調査資料

最近の医療費の動向 / 概算医療費(平成27年度)

経営情報
レポート

機能分化と在宅医療移行のさらなる推進 2016年診療報酬改定の概要

経営
データベース

ジャンル:人材・人事制度 サブジャンル:賃金制度

基本給と役割の関係 総額人件費の配分

本誌掲載記事の無断転載を禁じます。

医療情報 ヘッドライン ①

厚生労働省

「かかりつけ医以外の受診」での定額負担 反対多数で見送りの公算高まる

10月26日、厚生労働省の諮問機関である社会保障審議会の医療保険部会が開かれ、外来受診した先がかかりつけ医以外だった場合、一定の額を自己負担とする制度を導入すべきかに関する議論が展開された。しかし、出席委員からは反対意見が続出し、厚生労働省も慎重な姿勢を示さざるを得なくなっている。

■医療界を中心に反発が強く、 先送りになる公算が高まった

かかりつけ医以外を受診した場合に定額負担を求める案は、昨年末に内閣府の経済財政諮問会議がまとめた「経済・財政再生計画」に明記されている。財務省も、10月4日に財政制度等審議会で同案の導入を提言し、余分な検査費用や薬代を減らし医療を効率化するため、「かかりつけ医」での受診を推奨していた。

財務省は、2011年にも医療機関受診時の定額負担を提案しており、すべての医療機関

を受診するごとに、1回100円程度の定額を徴収する案だったが、一般外来患者のみが負担することの根拠が不明確であることなどから、医療界を中心に反発が強く、検討課題として先送りされた。

今回は「かかりつけ医の普及」という政府の方針に歩調を合わせた提言だったが、想定以上の反発の強さに遭った格好となった。医療保険部会では年末までに制度改正案をまとめた意向のため、またもや時間切れとなって先送りになる公算が高まったと考えられる。

■40兆円超にまで膨らむ医療費削減が課題

このように何度も齟齬が生じている背景には、「かかりつけ医」の定義が不明確であることが挙げられる。内科、外科、耳鼻咽喉科など複数の診療科を受診し、それぞれ別の医療機関だった場合は、事実上、複数の「かかりつけ医」がいる矛盾した状態となる。現在の財務相の提言では、「かかりつけ医は1人」としているため、仮に複数の中から選ぶとしても、どのような基準になるのか、一度選んだら変えることはできないのかなど、混乱を呼ぶことが予想される。

40兆円超にまで膨らんでいる医療費を削減するため、政府および財務省は、制度改革のさらなる促進を図る姿勢だったが、今回の社会保障審議会の猛反対を受け、仕切り直す必要が生じたといえよう。



医療情報 ヘッドライン ②

未来投資会議
構造改革徹底推進会合

医療、介護現場での ICT 活用を議論 中小病院等で活用できる仕組みも検討

10月26日、政府は未来投資会議構造改革徹底推進会合の「医療・介護—生活者の暮らしを豊かに」を開き、医療や介護でいかにICT（情報通信技術）を活用するかを議論した。

同会合副会長の高橋泰氏（国際医療福祉大学医療福祉学部長）は、医療・介護におけるICT活用状況のレベルを3段階で示した。

第1段階は「アナログ情報がデジタル情報に置き換えられたステージ」、第2段階は「記録の省力化や情報の利活用がある程度可能になったステージ」、第3段階は「AIで高付加価値化された情報が現場にもフィードバックされるステージ」としている。

■公的機関の設立など、 国を挙げての取り組みが必要だと提言

高橋氏は、現在急性期病院の多くが第2段階に入りつつあるとし、今後は第3段階へ進むべきと指摘した。第3段階へ進むための方策としては、まず「用語や情報記載方法の標準化」を挙げた。単一の医療機関を超えて情報が活用できるように、国が統一フォーマットを指定すべきだと提言し、統一フォーマットに準拠した電子カルテシステムを使用することで、DPCの機能係数（包括医療費支払制度）が加算されるなど、診療報酬上の支援も行うべきだとした。

そして、「AIで高付加価値化された情報提供が可能な技術開発支援」も必要だと指摘する。

研究のためには医学とIT界の協業が求められるほか、実用に耐えうるプロダクトであるかを検証するために、多数の医療機関に協力を求めたい意向も示した。そのためには、公的機関の設立など、国を挙げての取り組みが必要だとした。



■治療情報を共有化することにより、 検査費や薬代の重複を防ぐ

この提案を受けて、他の出席者からは「急性期病院だけでなく開業医や中小病院もICTを活用できる仕組みを進めるべき」との意見もあった。10月19日に、厚生労働省の有識者懇談会での「患者の治療歴を一元管理し、全国の医療機関で共有できるようにすべき」といった提言と同様の内容であり、治療情報の共有化はひとつの大きな流れとして実現へと向かっていると見える。治療情報の共有は、検査費や薬代の重複を防ぐのにも効果的であり、医療費の削減が大きなテーマとなっていることを考えれば、近い将来の現実化を想定しておくことが求められる。

最近の医療費の動向 / 概算医療費 (平成27年度)

1 制度別の概算医療費

● 医療費の推移

(単位：兆円)

	総計								
	医療保険適用								公費
	75歳未満	被用者 保険			国民健康 保険	(再掲) 未就学者	75歳以上		
			本人	家族					
平成23年度	37.8	22.6	11.0	5.5	5.0	11.5	1.5	13.3	1.9
平成24年度	38.4	22.8	11.1	5.6	5.0	11.6	1.5	13.7	2.0
平成25年度	39.3	23.1	11.3	5.8	5.0	11.8	1.4	14.2	2.0
(構成割合)	(100%)	(58.8%)	(28.8%)	(14.8%)	(12.7%)	(29.9%)	(3.7%)	(36.1%)	(5.1%)
平成26年度①	40.0	23.4	11.6	6.0	5.1	11.8	1.4	14.5	2.0
(構成割合)	(100%)	(58.6%)	(29.1%)	(15.0%)	(12.7%)	(29.5%)	(3.6%)	(36.3%)	(5.1%)
平成27年度②	41.5	24.2	12.2	6.4	5.2	12.0	1.5	15.2	2.1
(構成割合)	(100%)	(58.4%)	(29.4%)	(15.3%)	(12.6%)	(29.0%)	(3.5%)	(36.6%)	(5.1%)
②-①	1.51	0.78	0.56	0.38	0.16	0.21	0.01	0.66	0.07

注 1. 審査支払機関（社会保険診療報酬支払基金及び国民健康保険団体連合会）で審査される診療報酬明細書のデータ（算定ベース：点数、費用額、件数及び日数）を集計している。点数を10倍したものを医療費として評価している。

注 2. 「医療保険適用」「75歳未満」の「被用者保険」は、70歳未満の者及び高齢受給者に係るデータであり、「本人」及び「家族」は、高齢受給者を除く70歳未満の者に係るデータである。

注 3. 「医療保険適用」の「75歳以上」は後期高齢者医療の対象となる者に係るデータである。「公費」は医療保険適用との併用分を除く、生活保護などの公費負担のみのデータである。

2 診療種類別の概算医療費

●医療費の推移

(単位：兆円)

	総計	計	診療費			調剤	(参考) 入院外 +調剤
			医科 入院	医科 入院外	歯科		
平成 23 年度	37.8	31.1	15.2	13.3	2.7	6.6	19.8
平成 24 年度	38.4	31.7	15.6	13.4	2.7	6.6	20.0
平成 25 年度 (構成割合)	(100%)	(81.8%)	(40.2%)	(34.7%)	(6.9%)	(17.9%)	(52.6%)
平成 26 年度① (構成割合)	(100%)	(81.6%)	(40.2%)	(34.5%)	(7.0%)	(18.0%)	(52.5%)
平成 27 年度② (構成割合)	(100%)	(80.6%)	(39.5%)	(34.3%)	(6.8%)	(19.0%)	(53.3%)
②-①	1.51	0.81	0.31	0.46	0.04	0.68	1.13

注1. 入院時食事療養の費用額及び入院時生活療養の費用額が含まれる。医科分は医科入院へ、歯科分は歯科へ含めている。

注2. 総計には、訪問看護療養の費用額を含む。

3 医療機関種類別の概算医療費

(1)医療機関種類別医療費

●医療費の伸び率(対前年度比)

(単位：%)

	総計	医科計						診療所	歯科計			保険 薬局
		病院	診療所				病院		診療所			
			大学	公的	法人	個人						
平成 23 年度	3.1	2.1	2.4	4.3	2.1	2.3	▲ 6.0	1.6	2.6	3.5	2.5	7.9
平成 24 年度	1.7	1.8	2.4	4.1	2.6	2.0	▲ 5.9	0.3	1.4	5.3	1.2	1.3
平成 25 年度	2.2	1.4	1.7	3.5	0.7	2.2	▲ 6.4	0.7	0.8	3.0	0.7	5.9
平成 26 年度	1.8	1.5	1.8	2.2	1.5	2.1	▲ 6.0	0.8	2.9	4.0	2.8	2.3
平成 27 年度	3.8	2.6	2.9	4.2	3.3	2.6	▲ 6.9	1.7	1.4	2.0	1.3	9.4

注1. 医科病院は、経営主体別に分類している。

注2. 「大学病院」には、病院のうち、医育機関である医療機関を分類している。

注3. 「公的病院」には、病院のうち、国（独立行政法人を含む）の開設する医療機関、公的医療機関（都道府県、市町村等）及び社会保険関係団体（全国社会保険協会連合会等）の開設する医療機関を分類している。但し、医育機関を除く。

注4. 医療費には、入院時食事療養の費用額及び入院時生活療養の費用額が含まれる。

(2)主たる診療科別医科診療所の医療費

●医療費の伸び率(対前年度比)

(単位：%)

	医科診療所									
	内科	小児科	外科	整形外科	皮膚科	産婦人科	眼科	耳鼻咽喉科	その他	
平成 23 年度	1.6	1.5	1.9	▲ 0.1	3.5	2.5	▲ 0.3	1.5	▲ 0.6	2.5
平成 24 年度	0.3	▲ 0.1	▲ 4.5	▲ 3.0	1.8	0.1	1.0	3.8	2.2	0.8
平成 25 年度	0.7	1.0	▲ 1.3	▲ 2.2	1.8	0.8	▲ 0.7	2.5	▲ 2.3	1.2
平成 26 年度	0.8	▲ 0.6	1.1	▲ 1.5	2.9	1.8	0.4	3.9	4.6	1.5
平成 27 年度	1.7	1.6	2.6	▲ 1.1	1.6	2.5	0.4	3.4	1.7	2.0

(3)経営主体別医科病院の入院医療費

●1施設当たり医療費の伸び率(対前年度比)

(単位：%)

	医科病院							
	大学	公的	法人	個人	200床未満	200床以上		
平成 23 年度	3.2	2.2	3.9	2.7	2.5	2.9	3.1	
平成 24 年度	3.1	5.0	3.5	2.3	2.8	1.9	3.1	
平成 25 年度	1.6	1.0	1.1	1.8	2.2	1.6	1.4	
平成 26 年度	2.0	1.3	1.4	2.3	2.8	2.7	1.7	
平成 27 年度	2.6	2.8	2.8	2.3	1.1	2.3	2.6	

●1施設当たり受診延べ日数の伸び率(対前年度比)

(単位：%)

	医科病院							
	大学	公的	法人	個人	200床未満	200床以上		
平成 23 年度	0.6	▲ 0.8	0.7	0.4	1.3	0.7	0.3	
平成 24 年度	▲ 0.4	0.3	▲ 0.7	▲ 0.5	0.4	▲ 0.5	▲ 0.8	
平成 25 年度	▲ 0.3	▲ 0.9	▲ 1.2	▲ 0.1	0.5	0.2	▲ 0.8	
平成 26 年度	▲ 0.4	▲ 0.5	▲ 0.9	▲ 0.4	1.1	▲ 0.1	▲ 0.6	
平成 27 年度	0.7	0.6	0.5	0.7	▲ 0.3	1.0	0.4	

機能分化と在宅医療移行のさらなる推進 2016年診療報酬改定の概要

ポイント

- 1 2016年診療報酬改定の基本的視点
- 2 外来・在宅医療に関する改定のポイント
- 3 入院医療・リハビリテーションに関する改定要点
- 4 精神医療その他診療所に関わる改定の概要



■本レポートは、2016年2月25日（木）、(株)吉岡経営センター主催 診療報酬改定セミナー「2016年度診療報酬改定 その概要と病医院経営戦略」（講師：(株)エム・アール・シー 代表取締役 石上 登喜男氏）の講演要旨および配布レジュメをベースとし、一部を再構成して作成したものです。掲載の図表については、出典を明記したものを除き、全て本セミナーレジュメに使用、または一部加工しています。

1 2016年診療報酬改定の基本的視点

■ 示された2016年診療報酬改定の方向性

(1)2016年度診療報酬は全体マイナス改定へ

2016年診療報酬改定の改定率は、診療報酬本体は0.49%引き上げとなりましたが、薬価における大幅な引き下げや費用対効果の視点から効率化された項目等によって、全体改定率は0.84%のマイナス改定となりました。

◆2016年度診療報酬 改定率

【改定の方向性】

(1) 市場価格を反映した薬価改定

(2) ①診療報酬本体のマイナス改定、②「骨太の方針 2015」に示された診療報酬に関する改革検討項目（後発医薬品の使用促進、調剤報酬の見直しなど）の実現 等

⇒ 医療費の伸びを抑制し、2016年度の社会保障費全体の伸びを高齢化による増加分の範囲内に収めていくことを目指す

(参考) 財務省「財政制度等審議会資料」



【全体改定率】 ▼0.84%

1. 診療報酬本体 +0.49%

医科：+0.56%

歯科：+0.61%

調剤：+0.17%

2. 薬価等

①薬 価 ▼1.22%

上記のほか、・市場拡大算定による薬価の見直しにより ▼0.19%

・年間販売額が極めて大きい品目に対応する市場拡大再算定の特例の実施により ▼0.28%

②材料価格 ▼0.11%

*新規収載された後発医薬品の引き下げ、長期収載品の特例的引き下げの置き換え率の基準の見直し、いわゆる大型駅前薬局等に対する評価の適正化、入院医療費において食事として提供される経腸栄養用製品に係る入院時食事療養費等の適正化、医薬品の適正使用等の観点等からの1処方当たりの湿布薬の枚数制限、費用対効果の低下した歯科材料の適正等の措置を講ずる

2 外来・在宅医療に関する改定のポイント

■ 外来と診療所に係る評価

(1) 外来医療における認知症ケアの重視

外来医療においては、2014 年度改定において主治医機能の評価（地域包括診療料および同加算）が新設されましたが、2016 年度改定でも引き続き外来医療の機能分化と主治医機能強化を促す評価の見直しが実施されました。

また、特に認知症治療に関する評価については、主治医機能の推進と併せて、重複投薬等の減少を図る包括評価を導入するなどの重点化がみられます。

◆ 認知症ケアをめぐる外来医療の主要な改定点

【新設】 認知症地域包括診療料 1515 点（月 1 回）

地域包括診療料を届出

認知症以外に 1 つ以上の疾患を有する外来患者、内服薬 5 種類未滿等

【新設】 認知症地域包括診療加算 30 点：再診料に加算

地域包括診療加算を届出

認知症以外に 1 つ以上の疾患を有する外来患者、内服薬 5 種類未滿等

(2) 主治医機能の強化施策～要件緩和の予測

前回改定で導入された地域包括診療料・加算については、上記算定の基盤となっているものの、医師配置等の要件についてハードルが高く、届出が進んでいなかった地域包括診療料については、施設基準が緩和されました。

◆ 地域包括診療料：主治医機能にかかる施設基準の緩和

- 在宅医療の提供及び当該患者に対し 24 時間の対応を実施している旨の院内掲示し、以下のすべてを満たしていること

【診療所】 常勤医師 3 名 ⇒ 2 名に緩和

① 時間外対応加算 1 の届出

② 常勤医師 2 名以上の配置 ⇒ 地域包括診療加算も 2 名に緩和

③ 在宅療養支援診療所

【病院】 救急病院の要件削除

① 地域包括ケア病棟入院料の届出

② 在宅療養支援病院

また、外来機能分化を図るうえで、これまで以上に大病院の外来機能縮小を推進するため、紹介状なしに特定機能病院等の大病院を受診した場合には、選定療養として初再診時に患者から一定金額を徴収する「患者定額負担制度」の導入が決定されました。

3 入院・リハビリテーションに関する改定要点

■ 医療機能の分化・強化をめぐる入院医療改定の要点

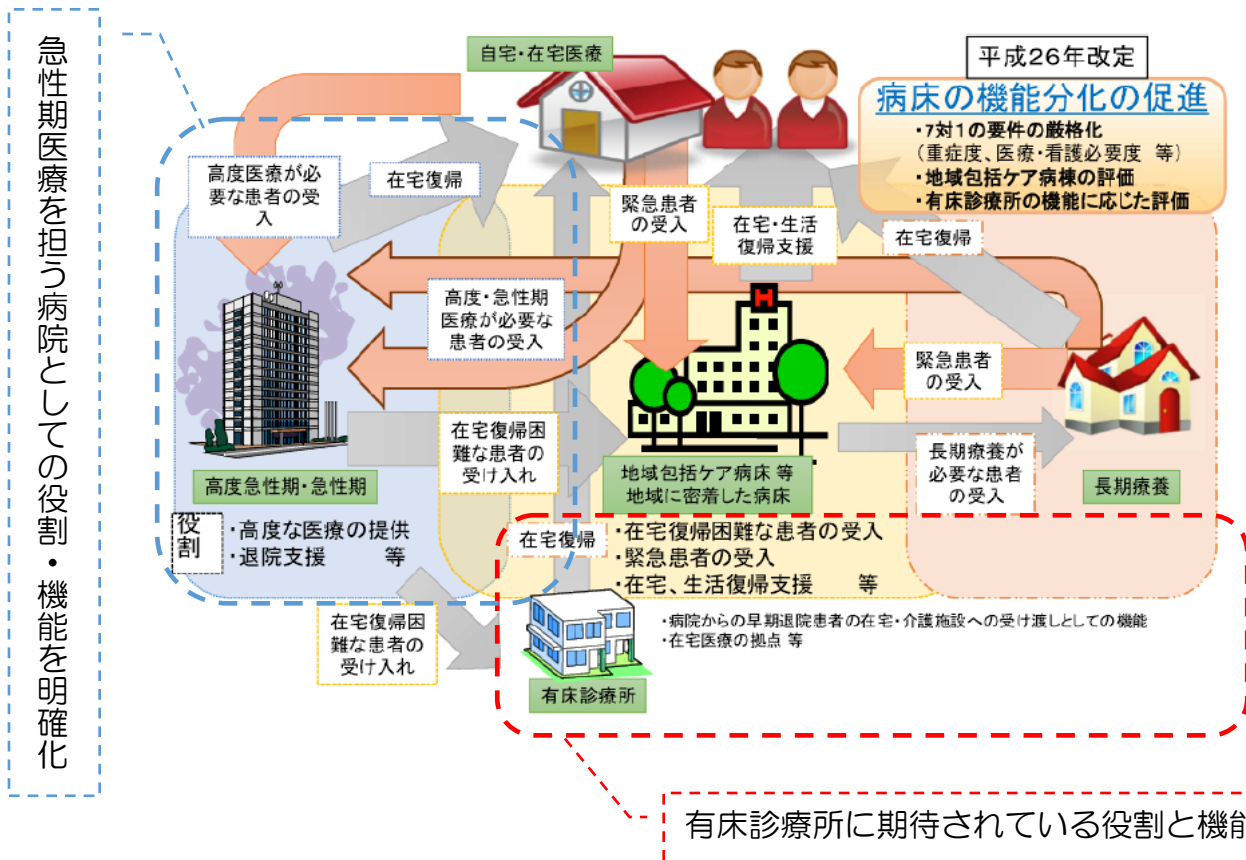
(1) 7:1一般入院基本料に関する改定の概要

2016年診療報酬改定では、効果的・効率的で質の高い入院医療の提供のため、医療機能や患者の状態に応じた評価を行い、急性期、回復期、慢性期など、医療機能の分化・強化、連携を促進することを基本方針として掲げました。

急性期医療に関しては、7:1入院基本料の届出病床数が創設以降増加を続けていましたが、平成20年を境にその増加率が穏やかになり、同26年度には初めて減少を示しました。

しかし、平成27年度には再び増加傾向となったことを受け、病棟の機能分化促進に向けて、7:1病床届出には急性期医療を提供する医療機関として相応の機能を備えるべきという方針のもと、次期診療報酬改定では要件の厳格化が図られています。

◆入院医療をめぐる改定～病床機能の分化



出典：中央社会保険医療協議会 総会資料 一部記述追加

4 精神医療その他診療所に関わる改定の概要

■ 精神医療に関する主要な改定

(1) 精神入院医療に関する評価見直し

近年増加しているうつ症状や自殺防止の観点から、これらの症状・疾病を有する患者に対する診療に対する評価が重点化されました。なかでも、地域社会において、このような患者をケアする医療連携の構築を目指し、新たな評価を設けています。

◆ 精神入院医療をめぐる主要な改定

- 地域移行機能強化病棟入院料 1,527点(1日につき) 【新設】
重症者加算1 60点(1日につき)(新)
重症者加算2 30点(1日につき)(新)
非定型抗精神病薬加算 15点(1日につき)
- 精神疾患診療体制加算1 1,000点(入院初日) 【新設】
一般病院が、精神科病院の求めに応じて、身体の傷病に対し入院治療を要する精神疾患患者の転院を受け入れた場合
- 精神疾患診療体制加算2 330点(入院初日から3日以内に1回)
救急患者精神科継続支援料1 【新設】
入院中の患者 435点(月1回)
1以外 135点(6ヶ月に6回まで)
【算定要件】
自殺企図後の患者に、生活上の課題や精神疾患の療養に関する課題を確認し、必要な助言・指導等を行う。

(2) 認知症ケアに関する加算の新設

一般病棟入院基本料、療養病棟入院基本料に対し、以下の加算を新設しました。

◆ 認知症ケア加算

- 認知症ケア加算1 イ) 14日まで 150点 □) 15日以降 30点
- 認知症ケア加算2 【新設】 イ) 14日まで 30点 □) 15日以降 10点

経営データベース ①

ジャンル: 人材・人事制度 > サブジャンル: 賃金制度



基本給と役割の関係

基本給を役割ごとに設定しようと考えています。組立て方法について教えてください。



最初に、役割ごとに年俸、月例給、日給、時間給のどの支給形態を採用するかを検討します。

下図は、役割区分ごとの支給形態と基本給の構成を表しています。

組織業績を大きく反映させる方針具現者（役員・経営幹部層）と利益創出者（管理者層）については、年俸制を採用し、毎年給与を改定します。また、サービス統括者（現場リーダー）とサービス提供者（一般職）は、従来型の月例給与とします。

サービス提供者のうち、補助的な業務を担当する職員については、契約やパート職員という雇用形態を用い、人件費抑制と変動費化を進めます。つまり、日給、時間給を採用します。

役割に基づく基本給を改定する際のポイントは、基本給を1本ではなく、複数で構成することです。

役割	対象者		支給形態	基本給ウエイト									
				職務給	ウエイト	経験給	ウエイト	能力給	ウエイト	役割給	ウエイト	成果給	ウエイト
方針具現者	院長	副院長	年俸	固定	20					固定	30	改定	50
	部長	事務長											
利益創出者	医局長		年俸	固定	30					固定	30	改定	40
	師長	科・課長											
サービス統括者	医師		月例給	固定	60			変動	20	固定	20		
	主任	係長											
サービス提供者	一般職		月例給										
			日給	固定	70	定期昇給	10	変動	10	固定	10		
			時間給										

経営データベース ②

ジャンル: 人材・人事制度 > サブジャンル: 賃金制度



総額人件費の配分

予算化した総額人件費は、どのように職員へ配分すればよいでしょうか？



■職員への配分は、各人の役割を基準に

総額人件費に関する予算策定後は、職員にどのように配分していくかを検討する必要があります。

適正配分を行うためには、まず年功序列型の賃金体系を改めなければなりません。ここで、個人の評価や病医院の業績を賃金に反映させる仕組みを構築していきます。

下図は、各々の役割に対する賃金体系の全体像です。ここで示すように、上部の階層ほど役割給と成果給の比率が上がり、一方では、能力給や経験給、職務給といった賃金が下がるように設計します。

これは、各々の階層において、その役割の達成が具体的にどのような基準を持って果たされるかを意味しています。

